〒 000-0000
京都市〇〇区〇〇町00-00
〇〇ビル

〇〇〇〇附属病院 御中

請求書

伝票番号	050852
2026年5月10日	1頁

HLA Laboratory

600-8813
京都市下京区中堂寺南町134
京都リサーチパーク1号館2階
公益財団法人HLA研究所
登録番号 T4130005012627

〇〇〇〇附属病院 御中

＊ 本状到着後、2ヶ月以内にお支払いをお願い申し上げます。
＊ お手数ですが振込手数料は貴施設にてご負担をお願い申し上げます。
＊ お振込みの際、請求書の伝票番号 050852 を振込人名の前にご入力いただくか、事前に支払通知をお送りください。
（郵送又は、メール payment_jimukyoku@hla.or.jp）

＜振込先＞
三井住友銀行（0009） 京都支店（ 496 ）
普通 9699062
公益財団法人 HLA研究所
ｻﾞｲ)ｴｲﾁｴﾙｴｲｹﾝｷｭｳｼｮ

御請求金額(税込)	43,450 円

検査登録番号	検査項目	数量	単価	金額
2026050600001	00101 HLA-A,B,C,DR遺伝子型	1	39,500	39,500

税抜計（ 10% 対象）	39,500
消費税（税率 10% ）	3,950
合計（税込）	43,450

【備考】

お問い合わせは下記よりお願いいたします。

https://hla.or.jp/contact/

別紙明細

伝票番号　050852
2026年5月10日　1頁

HLA Laboratory

○○○○附属病院　御中

検査登録番号	伝票番号	受付日	報告日	患者氏名	検査対象者 / 検査依頼者
2026050600001	050852	5月6日	5月10日	○○○○様	○○○○様
					血液内科　▲▲▲▲先生　ご依頼